العنوان:	قياس جودة الخدمات من وجهة نظر العاملين والمرضى في المستشفيات العاملة في مدينة قلقيلية
المصدر:	مجلة جامعة القدس المفتوحة للابحاث والدراسات - فلسطين
المؤلف الرئيسي:	مصلح، عطية
المجلد/العدد:	ع 27
محكمة:	نعم
التاريخ الميلادي:	2012
الشهر:	حزيران
الصفحات:	11 - 48
رقم MD:	146415
نوع المحتوى:	بحوث ومقالات
قواعد المعلومات:	EduSearch, AraBase, EcoLink, HumanIndex, IslamicInfo
مواضيع:	المرضى ، فلسطين ، قلقيلية ، الخدمات الطبية ، المستشفيات ، الأطباء ، جودة الخدمة ، الرعاية الصحية ، الممرضون
رابط:	http://search.mandumah.com/Record/146415

قياس جودة الخدمات من وجهة نظر العاملين والمرضى في المستشفيات العاملة في مدينة قلقيلية

د. عطية مصلح *

* أستاذ مشارك في إدارة الأعمال/ فرع قلقيلية/ جامعة القدس المفتوحة.

ملخص:

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف إلى مستوى جودة الخدمات الفعلية المدركة من قبل العاملين والمرضى في المستشفيات العاملة في مدينة قلقيلية، ومعرفة وجود فروق في استجاباتهم تبعاً للمتغيرات الآتية: المستشفى، والمبحوث، والجنس، والحالة الاجتماعية، والعمر، والمؤهل العلمي، والوظيفة. وتكون مجتمع الدراسة من العاملين والمرضى في كل من مستشفى درويش نزال الحكومي ومستشفى وكالة الغوث الدولية (انوروا) ، وشملت العينة ١٢٦ موظفاً ومريضاً من أصل ٤٢٠ شخصاً، أي ما نسبته ٣٠٪ من مجتمع الدراسة.

استخدم الباحث المنهج الوصفي ومقياس SERVPERF لقياس جودة الخدمات المدركة والفعلية، تكونت الاستبانة من ٢٨ فقرة مقسمة إلى ٦ مجالات وهي: الدليل المادي الملموس، والاعتمادية، وقوة الاستجابة، والأمان والثقة، والتعاطف، وخصائص المستشفى. واستعان الباحث بالأدب التربوي والدراسات السابقة في بناء الأداة، كما أخضعت للتحكيم والمعالجة الإحصائية، وتأكد الباحث من صدقها وثباتها، ومدى ملاءمتها لأغراض الدراسة.

أظهرت النتائج أن استجابات عينة الدراسة نحو قياس جودة الخدمات الفعلية والمدركة من قبل العاملين والمرضى كانت عالية على مجالات الدراسة كافة، وعلى الدرجة الكلية. ووجدت فروق ذات دلالة إحصائية على المجالات الآتية: قوة الاستجابة، والأمان والثقة، والتعاطف تعزى لمتغير الجنس وكانت لصالح الذكور، وقدمت الدراسة مجموعة من التوصيات كان من ضمنها العمل على توفير مستلزمات المستشفيات سواء كان ذلك من الأجهزة أو المعدات الحديثة، وتوفير دورات تدريبية ملائمة للعاملين كل في مجاله من أجل تحسين جودة الخدمات الطبية المقدمة.

Abstract:

This study aimed to identify the quality level of the actual services perceived by staff and patients in hospitals operating in the city of Qalqilya, and to identify differences in their responses depending on the following variables: hospital, respondent, gender, marital status, age, educational qualification, and function. The study population consisted of workers and patients in both Darwish Nazzal governmental hospital, UNRWA hospital. The sample of the study included 126 staff members and patients out of 420 people, representing 30% of the population. The researcher used the descriptive method and SERVPERF scale to measure the quality of perceived and actual services, the questionnaire used for the study consisted of 28 items divided into 6 domains: the tangible physical evidence, reliability, strength of response, safety& trust, empathy, and the characteristics of the hospital. The tool of the study was constructed with the help of the literature review and previous studies regarding this issue. The tool was also tested for validity, reliability and suitability. The results showed that the responses of the studied sample towards the actual and perceived quality of services, were high on all fields of study and on the total score. There were significant differences in the following areas: power response, safety and trust, and empathy due to the variable of gender in favor of males. The study provided a set of recommendations such as providing the requirements of hospitals with modern equipment and providing suitable training courses for workers in their respective fields in order to improve the quality of medical services provided.

مقدمة:

لقد أصبحت الجودة وخدمة المستهلك من القضايا الرئيسة والحاسمة في فترة التسعينيات من القرن الماضي لكل منظمات القطاعين العام والخاص، ففي القطاع الخاص يُضمن رضا المستهلك وولاؤه من خلال منتجات ذات جودة عالية، وخدمات تعطي قيمة لنقوده، أما في القطاع العام فإن تحسين الجودة هو خطوة ضرورية تقود إلى تسليم فعال للخدمات بسبب أن التحديات البيئية تحتل فيها الخدمات العامة مكانة لا يستهان بها كما أن النموذج التقليدي لتسليم الخدمات المماثلة إلى مستهلكين– سلبيين– ليس لهم صوت، أو إن تأثيرهم محدود لم يعد قائما. لقد شهدت السنوات الأخيرة تغيرات رئيسة في إدارة القطاع العام، وبأهمية مساوية لها ظهور روح (جودة الخدمة) من خلال (مبادئ الجودة الشاملة) ، إذ أخذت بعض منظمات القطاع العام، باتباع استراتيجيات مختلفة لتحسين الجودة دون منظور كلي أو خطة متكاملة، فبدأ بعضها تطبيق حلقات الجودة، وطبقت في أخرى فرق المشروع، وضمان الجودة. (الهيتي، ٢٠٠٧، ص ٣٢٢) .

تعد درجة تمتع المواطن بالحقوق الصحية في أي دولة من الدول، معيارًا أساسيًّا لتقدم الدول، وقياسًا لقدرة الدولة على الرفع من شأن مواطنيها، ومدى قدرتها على توفير الحياة الكريمة والرعاية الصحية السليمة لهم، لذلك يعد الحق في الصحة من الحقوق الأساسية لارتباطه المباشر بحق الإنسان في الحياة. لقد أولت المواثيق الدولية الحق في الصحة اهتمامًا خاصًا لما يمثله من أهميه لحياة الإنسان، حيث جاء في الإعلان العالمي لحقوق الإنسان، "إن لكل شخص الحق في مستوى معيشة يكفي لضمان الصحة له ولأسرته، ويشمل المأكل، والملبس، والمسكن، والرعاية الطبية، والخدمات الاجتماعية الضرورية". (المادة ١٥ من الإعلان العالمي لحقوق الإنسان) . (تقرير الهيئة المستقلة لحقوق المواطن، ٢٠٠٩، ص ٧) .

تشكل الرعاية الطبية جوهر النظام الصحي السائد وأساسه في العديد من دول العالم، وذلك لاعتبارات كثيرة في مقدمتها إن خطط التنمية وبرامجها المختلفة تعتمد على توافر قوى عاملة تتمتع بقدر من الصحة والكفاءة العالية. فإنتاجية الفرد تتحقق جزئياً عندما تسود الرفاهة بمعناها الأوسع المجتمع برمته. وتأسيساً على ذلك، فإن النظام الصحي المتكامل يعني نظاماً تنموياً فعالاً بالضرورة. و لا عجب والحالة هذه أن تتطلع الأمم والشعوب إلى النمو والتقدم بالجوانب الطبية من خلال الإنفاق على البنى التحتية، وعلى

الخدمات المتعلقة بها مثل الصحة والتعليم. والواقع أن الخدمات التي يقدمها أي قطاع صحي فعال، تميل إلى التكاملية والشمولية من حيث أنها ينبغي أن تكون وقائية وعلاجية، وعليه برز مفهوم الرعاية الصيدلانية الذي ينطوي على حقيقة مفادها أن صحة الفرد لا تقوم على أساس عدد المستشفيات أو المراكز الطبية المتوافرة، وإنما تعتمد أيضا على توفير جميع المستلزمات والخدمات المرافقة (المادية والبشرية) التي تشكل مجتمعة نظاماً متكاملاً لحماية المجتمع ضد المرض بما يحقق الرفاهة المنشودة. ومن أبرز حلقات هذه السلسلة التشخيص السليم للحالة الطبية لتمكين الطبيب المعالج من إعطاء العلاج الشافي. وتتدرج ضمن هذه الحلقة الأساسية من سلسلة الرعاية الطبية، الخدمات الحيوية التي تقدمها مؤسسات التشخيص الصحي، مثل: الأطباء والمختبرات الطبية ومراكز الأشعة وغيرها (العلاق، ٢٠٠١، ص ١٧٣) . وترى منظمة الصحة العالمية ومنظمة الأمم المتحدة للطفولة إن فاعلية أي نظام صحي، إنما تعتمد على توافر مؤسسات طبية قادرة ومؤهلة ومستعدة على الدوام لمساعدة الكادر الطبي في تشخيص حالات المرض، ذلك أن دور هذه المؤسسات في هذا المجال بالذات أصبح من الحيوية والأهمية بحيث لا يمكن تقديم رعاية صحية لائقة في غيابه. (منظمة الصحة العالمية ومنظمة الأمم المتحدة للطفولة، ١٩٩٩) .

يتضح مما سبق مدى أهمية وجود مرافق طبية بمستوى جودة عالية يلبي توقعات جمهور المواطنين وطموحاتهم ، لما لذلك من انعكاس على صحتهم، وهذا حق للمواطن حتى يستطيع العيش بكرامة وبصحة جيدة، وهذا ما ورد في برنامج الحكومة الفلسطينية الثالثة عشرة لعام ٢٠٠٩ نحو الرعاية الصحية، وهو ضمان الوصول اليسير لخدمات صحية ذات جودة عالية لسائر المواطنين الفلسطينيين (خطة إنهاء الاحتلال وإقامة الدولة،٢٠٠٩، ص٣٥) ، لذلك جاءت هذه الدراسة لقياس مستوى جودة الخدمات الطبية التي يتلقاها المواطن في المستشفيات العاملة في مدينة قلقيلية من وجهة نظره كمريض وكموظف من أجل الوقوف على حقيقة الأمر.

مشكلة الدراسة:

١. ما مستوى جودة الخدمات الفعلية المدركة من قبل العاملين والمرضى في المستشفيات العاملة في مدينة قلقيلية؟

٢. هل يختلف مستوى جودة الخدمات الفعلية المدركة من قبل العاملين والمرضى في المستشفيات العاملة في مدينة قلقيلية تبعاً للمتغيرات الآتية: المستشفى، والمبحوث، والجنس، والحالة الاجتماعية، والعمر، والمؤهل العلمي، والوظيفة؟

فرضيات الدراسة:

١. لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (α = ٠,٠٥) نحو مستوى جودة الخدمات الفعلية والمدركة من قبل العاملين والمرضى في المستشفيات العاملة في مدينة قلقيلية تبعاً لمتغير نوع المستشفى.

٢. لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (α = ٠,٠٥) نحو مستوى جودة الخدمات الفعلية، والمدركة من طرف العاملين والمرضى في المستشفيات العاملة في مدينة قلقيلية تبعاً لمتغير المبحوث.

٣. لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (α = ٠,٠٥) نحو مستوى جودة الخدمات الفعلية، والمدركة من طرف العاملين والمرضى في المستشفيات العاملة في مدينة قلقيلية تبعاً لمتغير الجنس.

٤. لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (α = ٠,٠٥) نحو مستوى جودة الخدمات الفعلية، والمدركة من قبل العاملين والمرضى في المستشفيات العاملة في مدينة قلقيلية تبعاً لمتغير الحالة الاجتماعية.

٥. لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (α = ٠,٠٥) نحو مستوى جودة الخدمات الفعلية، والمدركة من قبل العاملين والمرضى في المستشفيات العاملة في مدينة قلقيلية تبعاً لمتغير العمر.

٦. لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (α = ٠,٠٥) نحو مستوى جودة الخدمات الفعلية، والمدركة من قبل العاملين والمرضى في المستشفيات العاملة في مدينة قلقيلية تبعاً لمتغير المؤهل العلمي.

٧. لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (α = ٠,٠٥) نحو مستوى جودة الخدمات الفعلية، والمدركة من قبل العاملين والمرضى في المستشفيات العاملة في مدينة قلقيلية تبعاً لمتغير الوظيفة.

أهمية الدراسة:

١. تكمن أهمية هذه الدراسة كونها الأولى في محافظة قلقيلية.

٢. تعد الدراسة خطوة للتعرف إلى مستوى جودة الخدمات الطبية المقدمة للمواطن في محافظة قلقيلية.

٣. تعاني مستشفيات مدينة قلقيلية من نقص في الطواقم الطبية والأجهزة الحديثة نتيجة للظروف التي تمر بها السلطة الوطنية الفلسطينية، وما تعانيه من ضائقة مالية، وكذلك الأمر بخصوص وكالة الغوث الدولية حيث إنها تقوم بتقليص خدماتها، وهذا الوضع انعكس على جودة الخدمات الطبية المقدمة للمواطنين، الأمر الذي جعل عدداً لا بأس به منهم التوجه إلى مدن أخرى قريبة من أجل العلاج، لذا جاءت هذه الدراسة لمعرفة مستوى جودة الخدمات المقدمة للمواطن من أجل وضعه ووضع المسئولين في صورة الأمر.

أهداف الدراسة:

تهدف الدراسة إلى:

١. التعرف إلى مستوى جودة الخدمات الفعلية المدركة من قبل العاملين والمرضى في المستشفيات العاملة في مدينة قلقيلية.

٢. معرفة وجود فروق في استجابات عينة الدراسة حول مستوى جودة الخدمات الفعلية المدركة من طرف العاملين والمرضى في المستشفيات العاملة في مدينة قلقيلية تبعاً للمتغيرات الآتية: المستشفى، والمبحوث، والجنس، والحالة الاجتماعية، والعمر، والمؤهل العلمي، والوظيفة.

٣. تقديم توصيات لأصحاب القرار بناء على نتائج الدراسة.

حدود الدراسة:

تتحدد الدراسة في العاملين والمرضى في مستشفى درويش نزال الحكومي، ومستشفى وكالة الغوث الدولية في مدينة قلقيلية في الفترة الواقعة بين ٢٠/ ٤– ٢٥/ ٤/ ٢٠١١.

محددات الدراسة:

- اختير المستشفيان على أساس أن الحد الأدنى لعدد العاملين هو ٥٠ موظفاً في كل منهما.
- إن عدد المرضى المقيمين هو أكثر من ٣٠ مريضاً في مختلف الأقسام.

مصطلحات الدراسة:

◄ **المستشفى**: جزء أساسي من تنظيم اجتماعي وطبي تتلخص وظيفته في تقديم رعاية صحية كاملة للسكان علاجية كانت أم وقائية، وتمتد خدمات عيادته الخارجية

إلى الأسر في بيئتها المنزلية، كما أنه مركز لتدريب العاملين الصحيين، وللقيام ببحوث اجتماعية حيوية. (منظمة الصحة العالمية، ١٩٨٠، ص ٧).

◄ **الخدمة**: هي نشاط أو عمل ينجز من أجل غرض معين. وقد يكون هذا النشاط استشارة طبية أو محاضرة أو حل مشكلة فنية في الإنتاج أو عملا محاسبيا أو صيانة لآلة....الخ، لذا فإن الخدمة نشاط معنوي أو سلعة متغايرة وغير نمطية في الغالب؛ ولأنها تنتج وتستهلك في الوقت نفسه، وتتطلب تفاعلاً واتصالاً بالعميل، وأن ملكيتها لا تتغير ولا تنتقل، ولا يمكن إعادة بيعها ولا تخزن، ولكن نظام تقديم الخدمة يمكن أن ينقل أو يصدر. (نجم،١٩٩٧، ص ٢٦٣).

◄ **الجودة**: هي حكم على إدراك المستهلكين في كيفية مقابلة الخدمة لحاجاتهم، فجودة الخدمات هي التي تقابل الحاجات الحقيقية في الوقت الصحيح وفي الطرق الصحيحة. (Rod & et. al, 2002, p 435).

◄ **مدينة قلقيلية**: هي إحدى مدن شمال الضفة الغربية وهي أقرب نقطة على البحر المتوسط من الجهة الشرقية، وتتبع لها خمسة وأربعون قرية وتجمعاً سكانياً، ويصل مجموع عدد سكان المدينة والتجمعات السكانية التابعة لها حوالي خمسة وتسعين ألف نسمة . (تعريف إجرائي للباحث).

الإطار النظري للدراسة:

مفهوم الجودة:

يرجع مفهوم الجودة Quality إلى الكلمة اللاتينية Qualitas التي يقصد بها طبيعة الشخص أو الشيء ودرجة صلاحيته وكانت تعني قديماً الدقة والإتقان. فالدين الإسلامي الحنيف أعطى اهتماماً واسعاً في التوكيد على العمل الجاد والنافع، وهو ما نصت عليه الآية الكريمة: ﴿وقل اعملوا فسيرى الله عملكم ورسولُه والمؤمنون﴾ التوبة ١٠٥. أما السيرة النبوية الشريفة فهي غنية بالأحاديث الشريفة التي تعظم العمل . فيقول الرسول محمد صلى الله عليه وسلم: «إن الله يحب إذا عمل أحدكم عملاً أن يتقنه». (الدرادكة والشلبي، ٢٠٠٢، ص١٥).

أعطيت للجودة معان كثيرة فهي فكرة متعددة الجوانب يمكن وصفها على المستوى العام، كما يراها (بيونو Bebono) أنها بمثابة (صينية جامعة) وهي تضم تركيزاً مشحوناً بكل التفسيرات المحتملة، ويصفها) راجافار (Rajavaral) كمظلة تجمع معاً مختلف

التقديرات السياسية، والإدارية، والتنظيمية، والمهنية (Elli sin ikka, 1999) ، وذكر باتل (Patel,1994) أن الجودة مفهوم محير له معان عدّة مختلفة ومتباينة، ويعود ذلك في جانب منه إلى اختلاف الأوضاع التي يطبق فيها المصطلح. وقدم علماء الجودة أمثال: (Juran, Feigenbaum, Ishikawa, Deming, Grosby) تعريفات متعددة للجودة، كما ورد في قاموس الجودة، مما يشير إلى أن الجودة ترادف مصطلحات مثل: درجة التمين، وطبيعة العلاقة، النوع أو الخاصية. والجودة كمفهوم ليس مطلقاً، إذ إنها تعني أشياء مختلفة لأناس مختلفين. وارتبط مفهوم الجودة بمصطلحات أخرى مثل الحاجة والطلب التي نالت كثيراً من الجدل المفاهيمي بين الباحثين ويعرفها (Garwin) بأنها إرضاء لحاجات الزبائن وتوقعاتهم وما يتبع ذلك من استقرارية الخدمات العامة المتاحة لهم، ووصفها (Murto) بأنها تناغم الخدمات الاجتماعية المعروضة وانسجامها مع حاجات الزبائن، كما ارتبط مفهوم الجودة أيضا بالتوقع، وعرفها (Bouckaert & Pollit) بأنها خط يقع بين توقعات مستخدمي الخدمة، وإدراكاتهم للخدمة الفعلية. وعرِّفت كذلك بأنها حكم على إدراك المستهلكين. (Elli sin ikka, 1999, p132).

وهنالك ثلاثة عناصر رئيسة تدخل في اختبار جودة الخدمات وهي: المطابقة للهدف، ودرجة الاستجابة، والمطابقة للمواصفات. **ويمكن أن تصنف الجودة حسب عناصرها الرئيسة في نظام يضمن الجودة واستناداً إلى (Herbert and Curry) و (Overtvit) إلى ثلاثة أنواع**:

- جودة المستهلك Customer Quality.
- والجودة المهنية Professional Quality.
- جودة العملية أو الإدارة Management Quality p.838) Sharifah & el.al, 2000).

وبما أن الجودة هي مفهوم نسبي على تقويم لحالة تبادل معينة في فترة زمنية محددة، فإنها ترتبط بشكل وثيق بفكرة القيمة Value: حيث تتداخل الجودة والقيمة بشكل وثيق جداً في ذهن المستهلك –العميل– باعتباره الحكم النهائي على قيمة أي عملية تبادل، فالجودة والقيمة في ما يراهما ويحددهما العميل الذي يقوم بعملية التقويم على أساس المقارنة مع جودة الخدمات التي يقدمها الآخرون وقيمتها (المنافسون وغيرهم) (العلاق،٢٠٠١، ص١٨٢) .

يوجد العديد من التحديات التي تواجه المستشفيات العاملة في فلسطين، ولكن من أهم العوامل المؤثرة في عدم كفاءة الرعاية الصحية في القطاع الصحي الفلسطيني هما:

آليات التمويل ونظام الإدارة في الرعاية الصحية، وأما بخصوص العوامل التي تمثل دوراً في جودة الخدمات الصحية فهما القيادة الإدارية والثقافة التنظيمية، إضافة إلى ذلك عدم توافر الكوادر البشرية المؤهلة، وعدم توافر الإمكانات من أجهزة ومعدات. (Al- Adham، ٢٠٠٤، ص٩).

نستنتج مما سبق أن الجودة يجب توافرها في الخدمات المقدمة للمرضى والمراجعين في المستشفيات، ويجب تقديمها ضمن مواصفات وشروط معينة، وفي الأوقات المطلوبة بها، ومدى رضا المريض وقبوله لهذه الخدمة يشكل دليلاً على جودتها. لذا جاءت هذه الدراسة لقياس جودة الخدمات الفعلية، والمدركة من قبل العاملين والمرضى في المستشفيات العاملة في مدينة قلقيلية.

مقاييس جودة الخدمات:

لقد أُقترحت مقاييس الخدمة سعياً وراء تحسين مستوى الخدمات المقدمة للمستهلكين بما في ذلك الخدمات العامة، وتعتمد بشكل أساسي على مسوح رضا المستهلك، حيث تربط إدراكات المستهلكين لاستلام الخدمة وتوقع جودة الخدمة، وتكمن هذه المسوح في أنها بمثابة تغذية راجعة من المستهلكين، وهي مفيدة جدا في تحديد ما إذا كانت صورة الخدمة بحاجة إلى تحسين أم لا.

إن توقعات المستهلكين تتحدد من خلال حاجاتهم الشخصية والخبرة السابقة لدى مقدمي الخدمة أنفسهم، وكذلك من خلال الاتصالات الشفهية والخارجية التي يجريها مقدمو الخدمة وآخرين غيرهم، ولقد بنيت فكرة مقياس الجودة لدى براسورمن (Parasuraman) وآخرين على مسألة التعارض بين تلك التوقعات، وبين إدراكات المستهلكين لجودة الخدمة. ويعود ظهور أصل مقياس جودة الخدمات إلى عام ١٩٨٥، وذلك من قبل (Parasuraman) وزملائه.

إن هذه الفكرة يتلاءم تطبيقها مع خدمات القطاع العام، ومنها الخدمات الصحية في المستشفيات، حيث ستدرك جودة تلك الخدمات على أنها جودة (رديئة) ، إن لم تكن ملائمة لحاجات المستهلكين الشخصية، لذا فإن منظمات القطاع العام بحاجة إلى آليات معينة كي تحظى بالمعلومات المعبرة عن حاجات المستهلكين وتوقعاتهم، ويكون للاتصالات الشفهية

تأثير مهم على تقدير المستهلكين لجودة تلك الخدمات، وسواء كانت تلك الاتصالات مع المستهلك كفرد أو بشكل تغذية راجعة من الأصدقاء أو الأقارب أو الجوار، كما أن للاتصالات الخارجية دوراً مهم وتتم من قبل مقدمي الخدمة، وكذلك من قبل الممثلين المنتخبين على المستويين المحلي والوطني، ومن المؤسسات الحكومية، فضلا عن البيئة المحيطة.

لقد حدد كل من (Berry Zeithmal, parasuraman) عام ١٩٨٥ عشرة أبعاد رئيسة لقياس جودة الخدمة وهي: الوصول للخدمة والتفاهم، المجاملة، والكفاءة والأمن والمصداقية، والاتصالات، والاستجابة والموثوقية والموجودات الملموسة وقام الباحثون أنفسهم باختيار قابلية تطبيقها على خمسة خدمات هي: أعمال الإصلاح والصيانة، والبيع بالتجزئة، وخدمة الهاتف للمسافات البعيدة ، وسمسرة السندات، وبطاقات الائتمان، وفي عام ١٩٨٨ اختصرت الأبعاد العشرة إلى خمسة أبعاد موسعة لجودة الخدمة ويمكن تطبيقها في أية منظمة خدمية، **وأطلق عليه نموذج جودة الخدمة السيرفكوال (SERVQUAL) وتضم**:

♦ **الملموسية**: وضوح التسهيلات المادية، والتجهيزات، والأشخاص، وأدوات الاتصال .

♦ **الاعتمادية**: القدرة على تنفيذ الخدمة المتعهد بها باعتمادية ودقة .

♦ **الاستجابة**: درجة الاستجابة والرغبة لمساعدة المستهلكين، وتقديم خدمة سريعة وملائمة بشكل عام.

♦ **التعاطف**: العناية والاهتمام وقدرة المنظمة على توجيه الانتباه، وبذل الجهود لفهم حاجات المستهلك وتوفير ما يطلبه.

♦ **الضمان**: كفاءة النظام

♦ **المصداقية**: في تقديم خدمة لطيفة وآمنة.

وكان معهد كرانفيلد سباقا لاقتراح خمسة أبعاد للجودة، ومن ناحية أخرى فقد أثبتت تلك الدراسات أنه على الرغم من النظر إلى الأبعاد الخمسة على أنها ضرورية، فإن الوزن النسبي لها يختلف من مستفيد إلى أخر ومن منظمة خدمية لأخرى، إلا أن البعد الخاص بالاعتمادية يظل في جميع الأحوال في المرتبة الأولى كأهم عنصر أو بعد لجودة الخدمة بغض النظر عن طبيعة الصناعة .

الجدول (١)

معايير جودة الخدمة طبقا للدراسات المختلفة بهذا الشأن:

من وجهة نظر معهد كرانفيلد	دراسات براسورمن وزملاؤه (Parasuraman,et. al 1985)	دراسات براسورمن وزملاؤه (Parasuraman, et .al 1990)
المواصفات Specification	الاعتمادية Reliability	الاعتمادية Reliability
التماثل Conformance	الاستجابة Responsiveness	الاستجابة Responsive
الاعتمادية Reliability	الجدارة Competence	الأشياء الملموسة Tangibles
التسليم Delivery	الوصول للخدمة Access	الضمان Assurance
القيمة Value	اللياقة والكياسة Courtesy	التعاطف مع العملاء Empathy
	الاتصال Communication	
	المصداقية Credibility	
	السلامة والأمان Security	
	درجة فهم مورد الخدمة للمستفيد Understanding	
	الأشياء الملموسة Tangibles	

المصدر: (العلاق،٢٠٠٠،ص١٨٢) و (الهيتي،٢٠٠٧، ص٣٣٤)

لقد ثار جدل طويل حول استخدام مقياس سيرفكوال (SERVQUAL) من مجموعة من الباحثين أمثال (Cronin &Taylor) كون هذا المقياس صمم في فترة التسعينيات لقياس جودة الخدمات والصناعات، ووجهت له مجموعة من الانتقادات، وخاصة أن هذا المقياس يقوم بقياس توقعات العميل من الخدمة، ويركز على الفجوات، ولا يقيس جودة الخدمات المدركة والفعلية، لذا أُعتمد مقياس سيرفبرف (SERVQUAL) (مقياس الأداء الفعلي) كمقياس أفضل لجودة الخدمة المدركة، واختير في العديد من الدراسات من قبل مجموعة من الباحثين.

لما سبق فإن الباحث استخدم مقياس سيرفبرف بالأبعاد الستة المتمثلة في: الدليل المادي الملموس، الاعتمادية، وقوة الاستجابة، والأمان، والثقة، والتعاطف، خصائص المستشفى، كون هذا المقياس أكثر ملاءمة لأغراض الدراسة، وقد استخدم في قياس جودة الخدمات الصحية من قبل عدد لا بأس به من الباحثين.

الدراسات السابقة:

◄ دراسة (Eleuch, 2011) :

أجرى الباحث دراسة بعنوان: «إدراك نوعية الخدمات الصحية في اليابان» هدفت هذه الدراسة لتقويم تصورات المرضى اليابانيين لنوعية الخدمة والرعاية الصحية، وتسليط الضوء على ميزات الخدمة الأكثر وضوحاً. استخدمت الدراسة البرمجة غير الخطية، واعتمدت الدراسة على نموذج المبعثر، للكشف عن أهمية الرعاية الصحية، وميزات الخدمة الصحية للحكم على جودة الخدمة. أظهرت نتائج الدراسة بأن المرضى اليابانيين ينظرون إلى خدمات الرعاية الصحية من خلال العملية التعويضية الخطية، فمثلاً نوعية الميزات التقنية وسلوك الموظفين يعوض بعضهم بعضاً لتحديد نوعية الخدمة، كما سلطت هذه الدراسة الضوء على الحاجة إلى اعتماد التطور الذي يعزز الجودة الفنية والممارسات الطبية في أماكن الرعاية الصحية اليابانية.

◄ دراسة (Elg وآخرون، ٢٠١١)

أجرى الباحثون دراسة بعنوان: «الممارسات الإدارية للرعاية الصحية في السويد، وتحسين نوعية العمل: تحديات التنمية». هدف هذه الدراسة التجريبي هو فحص التحديات التنموية للممارسات الإدارية في مؤسسات الرعاية الصحية السويدية وسبل تطويرها. تكون مجتمع الدراسة من مديري الرعاية الأساسية وكان عددهم ١٠٣١ ومديري الأقسام في المستشفيات، وكان عددهم ١٥٤٢ في عام ٢٠٠٧، وكانت نسبة العينة والاستجابات المستردة ٤٦٪.

أظهرت نتائج الدراسة أن هناك توجهات نحو زيادة الضغوط الخارجية على مديري الرعاية الصحية لتحسين نوعية العمل منها: قرارات الإدارة العليا ، وضغوط المرضى، والقرارات التي يتخذها صنا ع القرار تؤثر بشكل متزايد في خيارات مديري الرعاية الصحية حول مجالات تركيز جهود التحسين، وقد حددت ثلاثة مجالات وهي: الرقابة المنطقية، وأساس تحسين الممارسات، والمريض هو مركز التوجه. وأوضحت الدراسة بأنه ينبغي على قادة الرعاية الصحية تصميم نظم جديدة للمراقبة الإدارية من أجل دعم أنظمة الرعاية الصحية الفرعية.

نتائج الدراسة دعمت الفرضية العامة التي تنادي بأن الطواقم الطبية تتجه نحو التركيز على التغيير التنظيمي بناء على أنظمة الرقابة الإدارية، وأخيرا حددت الدراسة اتجاهات مهمة حول كيفية إدارة مؤسسات الرعاية الصحية وتطويرها.

◄ **دراسة (Padhy و Rath، ٢٠١٠)** :

أجرى الباحثان دراسة بعنوان: «رضا المريض وفعالية التسويق في المستشفيات الكبيرة المختارة في الهند». هدفت هذه الدراسة لمعرفة العلاقة بين رضا المرضى وفعالية التسويق. شارك في هذه الدراسة ٣٠٠ من المرضى و ٨٠ من المديرين التنفيذيين للتسويق من ستة مستشفيات: (ثلاثة من القطاع العام و ثلاثة من القطاع الخاص) من المدن التوأم حيدر أباد وسيكوندرأباد . استخدمت المقابلة والاستبانة في جمع المعلومات. استخدمت المتوسطات والانحرافات المعيارية، وقيم F لعرض النتائج. وفي ضوء الفرضيات التي وضعت ، وجد أن المرضى في المستشفيات الخاصة أكثر رضا بجودة الخدمات من نظرائهم في المستشفيات الأخرى، وكذلك أثبتت الدراسة أن مديري التسويق في القطاع الخاص أكثر فعالية من زملائهم في المستشفيات الأخرى، وبناء على ذلك رُفضت الفرضية الصفرية. وقدمت الدراسة توصيات بضرورة الاهتمام بتحسين جودة الخدمات المقدمة للمرضى وأيضا ضرورة تحسين فعالية مديري التسويق وقدرتهم في هذه المستشفيات.

◄ **دراسة (الهيتي، ٢٠٠٧)** :

هدفت هذه الدراسة إلى استخدام مقياس SERVPERF (للأداء الفعلي) في قياس اتجاهات المرضى والعاملين نحو جودة خدمات المستشفيات العاملة في جنوب الأردن، إضافة إلى معرفة وجود فروق ذات دلالة إحصائية لأبعاد الجودة – الأداء الفعلي المدرك– على مقياس الدراسة.

تكون مجتمع الدراسة من المرضى والعاملين في مستشفيات جنوب الأردن وهي: الكرك، ومعان، وغور الصافي، وتشكلت العينة من ١٦٧ عاملاً و ١٥١ مريضاً. استخدم المنهج الوصفي في الدراسة. أظهرت نتائج الدراسة مستوى إجابات المرضى كانت أعلى موازنةً مع مستوى إجابات العاملين تبعاً لمقياس SERVPERF، وعلى أبعاد الدراسة كافة، وكانت المعاملات الإحصائية لأبعاد الجودة الستة وبخاصة المتوسط الحسابي تميل لصالح المرضى على مقياس الدراسة، وكذلك أشارت الدراسة إلى وجود علاقة ارتباطيه مختلفة القوة بين أبعاد الجودة، وكانت لصالح المرضى، ووجدت فروق تعزى لمتغير الانتماء الوظيفي والمؤهل العلمي والحالة الاجتماعية. وقدمت الدراسة عدداً من التوصيات من بينها ضرورة قيام إدارات المستشفيات العامة بتبني برامج محددة لتطوير جودة الخدمات الطبية الوقائية والعلاجية.

◄ **دراسة (Fotter وآخرين، ٢٠٠٦)** :

ينطلق هدف هذه الدراسة من أن قياس رضا المرضى هو أمر حاسم لدعم خدمة المستهلك والميزة التنافسية في صناعة العناية الصحية حيث توجد مداخل متعددة لذلك

القياس. أجريت هذه الدراسة الرائدة في مستشفيات أمريكية عدّة تركزت على مقارنة إدراكات المرضى والعاملين ومقابلتهم لخدمة المستهلك (المريض) ، باستخدام كلٍ من بيانات المسح وجماعة التركيز Focus Group . وتشير نتائج الدراسة إلى أن هناك درجة عالية من الارتباط بين إدراكات المرضى والعاملين لخدمة المستهلك وأن العاملين ومجموعات فرعيه من المرضى زودوا معلومات مكملة تتعلق بادراكات المرضى لخبرة الخدمة المقدمة ، وكانت إدراكات العاملين لخصائص الخدمة أكثر سلبية مما لدى المرضى، كذلك فإن نتائج جماعة التركيز وفرت معلومات مكملة لنتائج المسح فيما يتعلق بتفاصيل أكبر، ومعلومات ملائمة أكثر للأغراض الإدارية . تقترح الدراسة بأن تنويع مصادر البيانات وعدم الاقتصار على مسوح المرضى يدعم استخدام معلومات خدمة المستهلك (المريض) ، وأن إجراء دراسة أخرى لإثبات هذه النتائج من شأنه توفير إمكانية الجمع بين الصحة، والمعولية، وكفاءة الكلفة لمعلومات خدمة المستهلك.

◄ **دراسة (Sofaer، وآخرين ٢٠٠٥):**

هدفت الدراسة إلى تطوير تقديرات المستهلك لمجهزي وأنظمة العناية الصحية CAHPS . استخدم مسح المستشفى لتحديد حقول جودة المستهلك (مرضى المستشفى) والتي لها اهتمام أكبر لدى المرضى والمستهلكين، وقد جمعت البيانات الأولية من أربع مدن أمريكية، ومن خليط من الأفراد شكلوا ١٦ مجموعة تركيز في المدن الأربع، وكانت متجانسة من حيث نوع التأمين الصحي، ونوع خبرة المستشفى والمعلومات الديموغرافيه الأخرى، حدد المشاركون نطاقاً واسعاً من الصور الملائمة لجودة المستشفى، والعديد منها كانت متفقة مع الحقول والفقرات التي وردت في مسح المستشفى CAHPS . وجدت الدراسة أن المشاركين كانوا أكثر اهتماما بالفقرات المرتبطة باتصالات الطبيب مع المرضى، واتصالات الممرضين وموظفي المستشفى مع المرضى، درجة الاستجابة لحاجات المرضى ، نظافة غرف المستشفى وحمّاماته، كما توصلت إلى أن المستهلكين والمرضى كانت لهم درجة اهتمام عالية بجودة المستشفى، وأوصت بأن خيارات المستشفى ربما تسجل لمصلحة المرضى كما أن المعلومات التقريرية من منظور المرضى يمكن أن تستخدم في دعم تصور المستشفى للتسهيلات والماديات، بما يضمن الحصول على أفضل خدمة مستشفى ممكنة .

◄ **دراسة (Al- adham, 2004) :**

أعدَّ الباحث دراسة بعنوان: «تقويم نوعية ومستوى أداء الخدمات الصحية في المستشفيات الفلسطينية: نموذج لأداء الإدارة الصحية الجيدة». هدف الدراسة كان تقصي إمكانية تطبيق نظام إداري خاص بالجودة، وكذلك البحث عن العوامل المؤثرة في مستوى

الأداء للخدمات المقدمة، وأخيراً هدفت إلى معرفة مدى إمكانية تطبيق المستشفيات لمعايير الجودة. طبقت هذه الدراسة على المستشفيات العاملة في مدينة نابلس وكان عددها ست مستشفيات، وتكونت عينة الدراسة من المرضى والعاملين فيها، وكان عددهم ٣٥١ شخصاً. أظهرت نتائج الدراسة وجود اختلافات ذات قيم إحصائية مهمة فيما يتعلق بتقويم كل من العاملين والمرضى بمستوى الخدمات المقدمة في مختلف الأقسام العاملة ضمن المستشفى الواحد، وكذلك بين مختلف القطاعات الصحية، وإلى ضعف ملحوظ في أداء غالبية الأقسام العاملة، باستثناء الأقسام التابعة للمستشفيات الخاصة، وتقصير في جودة الخدمات الصحية في جميع قطاعات المستشفيات، وأخيراً أظهرت النتائج بأن معايير الجودة الشاملة لم تكن ضمن أولويات هذه المستشفيات باستثناء مستشفى رفيديا. وقدمت الدراسة نموذجاً مقترحاً لإدارة الخدمات الصحية وجودتها.

◄ **دراسة (العلاق، ٢٠٠١) :**

وهدفت هذه الدراسة على التعرف على تقويم المرضى المنتفعين من خدمات المختبرات الطبية ومراكز الأشعة في الأردن لمستوى جودة هذه الخدمات، ويتضمن ذلك توقعاتهم، أو إدراكهم لمستوى الخدمات المقدمة لهم فعلياً. اقتصرت الدراسة على قياس جودة الخدمات من وجهة نظر المنتفعين فقط، ولم تتطرق إلى وجهة نظر إدارات هذه المختبرات والمراكز. بلغت عينة الدراسة (٧١٥) من المرضى، وكان من نتائجها أن الجودة الفعلية للخدمات– كما يراها أفراد العينة– كانت مرتفعة، وأن الجودة التي يتوقعها المرضى المنتفعون من تلك الخدمات كانت عالية. قدمت الدراسة توصيات عدة من شأنها تطوير جودة ما تقدمه المؤسسات المبحوثة من خدمات للمواطنين بما يكسبها ميزة نسبية تنافسية في سوق الرعاية الطبية في الأردن.

ما يميز هذه الدراسة عن الدراسات السابقة:

- استخدم في هذه الدراسة مقياس SERVPERF (للأداء الفعلي) من أجل قياس جودة الخدمات من وجهة نظر المرضى والعاملين، وفي الدراسات السابقة استخدم جزء قليل منها هذا المقياس.وتتفق مع بعض الدراسات بأنها طبقت على العاملين والمرضى، وتختلف مع بعض الدراسات التي أجريت فقط على العاملين أو المرضى فقط.

- مكان الدراسة مختلف عن كل الدراسات السابقة حيث كان مدينة قلقيلية، وأن هذه المدينة من المدن الواقعة في الشمال من الضفة الغربية، وهي من المحافظات المهمشة علماً بأنها تعاني من ويلات الإغلاق والحصار، والبيئة الفلسطينية مختلفة تماماً عن البيئات الأخرى التي أجريت فيها الدراسات السابقة، لذا يتوقع أن تكون نتائج الدراسة مختلفة عن الدراسات السابقة.

- طبقت هذه الدراسة على كل من مستشفى الوكالة، وهو المستشفى الوحيد في شمال الضفة الغربية وهذا مختلف عن كل الدراسات السابقة، حيث لم يوجد مستشفى واحد فيها تابع لوكالة الغوث الدولية، كونها منظمة دولية تشرف على هذا المستشفى، الأمر الذي قد يجعل النتائج مغايرة عن الدراسات السابقة، وكذلك مستشفى درويش نزال الحكومي وهو مستشفى حديث العهد، ولا يوجد مستشفيات خاصة في المدينة باستثناء مستشفى الأقصى التخصصي، ولكنه استثنى من الدراسة لأنه لا يتلاءم ومعايير الدراسة، وأن الدراسات السابقة كان من ضمنها مستشفيات خاصة.
- ضمان جودة الخدمات الصحية والحفاظ عليها مكلف من النواحي المادية، وكون السلطة الوطنية الفلسطينية تعاني من نكسات وأزمات مالية، فإن هذا الحال ينعكس على جودة الخدمات الطبية، وعليه فإنه من المتوقع أن تكون نتائج الدراسة مختلفة إلى حد ما عن نتائج الدراسات السابقة، كون الدول التي أجريت فيها تلك الدراسات أوضاعها المالية مستقرة وموازناتها المخصصة للقطاع الصحي مختلفة تماماً عن الواقع الفلسطيني.

مجتمع الدراسة والعينة:

تكون مجتمع الدراسة من الموظفين والمرضى في كل من مستشفى درويش نزال الحكومي، ومستشفى وكالة الغوث الدولية في مدينة قلقيلية، وقد بلغ عدد الموظفين في كلا المستشفيين٢٣٠ موظفاً حسب سجلات شؤون الموظفين، وبلغ عدد المرضى المقيمين والمراجعين في الطوارئ والعيادات الخارجية بتاريخ توزيع الاستبانة ١٩٠ مريضاً في المستشفيين، وعليه بلغ المجموع الكلي للمبحوثين ٤٢٠ شخصاً، وبناء على ذلك حدد الباحث حجم العينة الطبقية المطلوب، وهو نسبة ٣٠٪ من المجتمع الإحصائي، فكانت العينة ١٢٦ موظفاً ومريضاً، وقد وزع الباحث ١٤٠ استبانة، استرد منها ١٢٦ استبانة صالحة بعد استبعاد التالفة منها، والجداول ذات الأرقام (٦،٥،٤،٣،٢،١،٧) تبين توزيع عينة الدراسة حسب متغيراتها.

الجدول (١)

توزيع عينة الدراسة تبعاً لمتغير المستشفى

المستشفى	التكرار	النسبة المئوية (٪)
درويش نزال الحكومي	٦٢	٤٩,٢
الوكالة	٦٤	٥٠,٨
المجموع	١٢٦	١٠٠

الجدول (٢)

توزيع عينة الدراسة تبعاً لمتغير المبحوث

المبحوث	التكرار	النسبة المئوية (٪)
موظف	٦٩	٥٤,٨
مريض	٥٧	٤٥,٢
المجموع	١٢٦	١٠٠,٠

الجدول (٣)

توزيع عينة الدراسة تبعاً لمتغير الجنس

المبحوث	التكرار	النسبة المئوية (٪)
ذكر	٥٤	٤٢,٩
أنثى	٧٢	٥٧,١
المجموع	١٢٦	١٠٠,٠

الجدول (٤)

توزيع عينة الدراسة تبعاً لمتغير الحالة الاجتماعية

المبحوث	التكرار	النسبة المئوية (٪)
أعزب	٢٩	٢٣,٠
متزوج	٩٧	٧٧,٠
المجموع	١٢٦	١٠٠,٠

الجدول (٥)

توزيع عينة الدراسة تبعاً لمتغير الحالة العمر

العمر	التكرار	النسبة المئوية (٪)
أقل من ٢٠	١٤	١١,١
من٢٠– ٣٠	٥٥	٤٣,٧
من ٣١– ٤٠	٣٢	٢٥,٤
من ٤١– ٥٠	١٢	٩,٥
من ٥١– ٦٠	٨	٦,٣
أكثر من ٦٠	٥	٤,٠
المجموع	١٢٦	١٠٠,٠

الجدول (٦)

توزيع عينة الدراسة تبعاً لمتغير المسمى الوظيفي

المركز الوظيفي	التكرار	النسبة المئوية (٪)
مدير (موظف)	١	٠,٨
طبيب أخصائي (موظف)	١	٠,٨
طبيب مقيم (موظف)	٧	٥,٦
رئيس قسم (موظف)	٨	٦,٣
ممرض (موظف)	٢٨	٢٢,٢
موظف إداري (موظف)	٨	٦,٣
فني (موظف)	١٠	٧,٩
موظف خدمات (موظف)	٦	٤,٨
موظف حكومي (المريض)	٣	٢,٤
موظف قطاع خاص (المريض)	٣	٢,٤
غير موظف (المريض)	٥١	٤٠,٥
المجموع	١٢٦	١٠٠,٠

الجدول (٧)

توزيع عينة الدراسة تبعاً لمتغير المؤهل العلمي

المؤهل العلمي	التكرار	النسبة المئوية (٪)
اقل من توجيهي	٣٣	٢٦,٢
توجيهي	١٧	١٣,٥
دبلوم	٢٦	٢٠,٦
بكالوريوس	٤٦	٣٦,٥
ماجستير فأعلى	٤	٣,٢
المجموع	١٢٦	١٠٠,٠

أداة الدراسة:

اعتمادا على أدبيات البحث والدراسات السابقة تبنّى الباحث استبانه (الهيتي،٢٠٠٧) واستخدم مقياس سيرفبرف Servperf لجمع البيانات من عينة الدراسة، واشتملت الاستبانة على (٢٨) فقرة موزعة على ستة أبعاد كما في الجدول (٨) .

الجدول (٨)

فقرات الاستبانة تبعا لمجالات الدراسة

	المجال	عدد الفقرات	الفقرات
١	الدليل المادي الملموس	٤	١ – ٤
٢	الاعتمادية	٥	٥ – ٩
٣	قوة الاستجابة	٤	١٠ – ١٣
٤	الأمان والثقة	٣	١٤ – ١٦
٥	التعاطف	٤	١٧ – ٢٠
٦	خصائص المستشفى	٨	٢١ – ٢٨
	المجموع	٢٨	

منهج الدراسة:

اتبع في هذه الدراسة المنهج الوصفي التحليلي نظراً لملاءمته طبيعتها حيث تُجمع في هذا المنهج البيانات ويُجرى التحليل الإحصائي لاستخراج النتائج المطلوبة.

صدق الأداة:

عُرضت أداة الدراسة على عشرة من المحكمين ذوي الاختصاص في جامعة القدس المفتوحة ومديري المستشفيين، وأوصوا بصلاحيتها بعد إجراء بعض التعديلات ، وقد أُجريت تلك التعديلات وأُخرجت الاستبانة بصورتها النهائية.

ثبات الأداة:

للتحقق من ثبات الأداة حسب الباحث معامل الثبات باستخدام معادلة كرونباخ ألفا، والجدول الآتي يوضح ثبات الأداة وفقاً لأبعادها.

الجدول (٩)

معامل كرونباخ ألفا للأبعاد المكونة لاستبانه قياس جودة الخدمات

البعد	قيمة الثبات
الدليل المادي الملموس	٠,٨٧
الاعتمادية	٠,٨٥
قوة الاستجابة	٠,٧٩

البعد	قيمة الثبات
الأمان والثقة	٠,٨٣
التعاطف	٠,٨٠
خصائص المستشفى	٠,٨٤
الدرجة الكلية	٠,٨٤

يتضح من نتائج الجدول رقم (٩) أن قيمة معامل الثبات لأبعاد الدراسة هو ٠,٨٤ وهي قيمة صالحة لأغراض التحليل الإحصائي مقارنة مع النسبة المعتمدة ٧٠٪.

المعالجة الإحصائية:

بعد جمع البيانات أُدخلت بياناتها للحاسب لتعالج بوساطة البرنامج الإحصائي للعلوم الاجتماعية (SPSS)، وقد استخدمت المتوسطات الحسابية الموزونة وتحليل (ت) وتحليل التباين الأحادي ANOVA.

وقد أعطي للفقرات ذات المضمون الإيجابي (٥) درجات عن كل إجابة (عالية جدا) ، و (٤) درجات عن كل إجابة (عالية) ، و (٣) درجات عن كل إجابة (متوسطة) ، ودرجتان عن كل إجابة (ضعيفة) ، ودرجة واحدة عن كل إجابة (ضعيفة جدا) ، ومن أجل تفسير النتائج اعتمد الميزان الآتي للنسب المئوية للاستجابات:

الجدول (١٠)

ميزان درجات الاستجابات

الاستجابة	درجة الاستجابات
من ١,٠١ – ١,٨٠	ضعيفة جدا
من ١,٨١ – ٢,٦٠	ضعيفة
من ٢,٦١ – ٣,٤٠	متوسطة
من ٣,٤١ – ٤,٢٠	عالية
من ٤,٢١ – ٥,٠٠	عالية جدا

نتائج الدراسة:

◄ أولا: النتائج المتعلقة بالسؤال الأول الذي نصه:

ما مستوى جودة الخدمات الفعلية المدركة من قبل العاملين والمرضى في المستشفيات العاملة في مدينة قلقيلية؟

من أجل الإجابة عن هذا السؤال، استخدمت المتوسطات الحسابية لكل فقرة من فقرات كل مجال من مجالات الاستبانة. وتبين الجداول، (١١) ، (١٢) ، (١٣) ، (١٤) ، (١٥) ، (١٦) النتائج، ويبين الجدول (١٧) خلاصة هذه النتائج.

- **النتائج المتعلقة بالبعد الأول (الدليل المادي الملموس)**

الجدول (١١)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لبعد الدليل المادي الملموس

رقم الفقرة	الفقرات	متوسط الاستجابة*	الانحراف المعياري	درجة الاستجابة
١	تتوافر لدى المستشفى معدات وأجهزة طبية تقنية متطورة	٣,٤١	٠,٧٩٣	عالية
٢	تتوافر لدى المستشفى مرافق مادية وتسهيلات ملائمة مثل (سيارات، كراسي متحركة)	٣,٥٢	٠,٨٧٤	عالية
٣	يبدو العاملون على درجة عالية من النظافة وحسن المظهر	٤,٠٤	٠,٨٤٣	عالية
٤	يتلاءم المظهر العام للمستشفى مع طبيعة الخدمات المقدمة للمرضى	٣,٨٤	٠,٧٨٧	عالية
٥	الدرجة الكلية للمجال	٣,٧٠	٠,٦١٨	عالية

* أقصى درجة للفقرة (٥) درجات

يتبين من الجدول (١٠) السابق أن استجابات عينة الدراسة نحو الدليل المادي الملموس كانت عالية على كل الفقرات وعلى الدرجة الكلية، حيث يقع متوسط الاستجابات بين ٣,٤١ – ٤,٢٠ حسب الميزان المستخدم. وهذه النتيجة تؤكد أنه يوجد لدى كلا المستشفيين أجهزة ومعدات متطورة، وبخاصة أن المستشفى الحكومي مستشفى جديد، وقامت السلطة بتزويده بسائر المستلزمات من أجل تشغيله على أكمل وجه، وكذلك الأمر بالنسبة لمستشفى وكالة الغوث الدولية، فإن الوكالة مهتمة بتجهيزه بالأجهزة اللازمة والمعدات الطبية لأنه الوحيد الموجود في محافظات شمال الضفة الغربية ويخدم محافظات عدة. لذا يلاحظ بأن الاستجابات جاءت عالية لكل المبحوثين لما يلمسونه من توافر التسهيلات، وكذلك الحال بالنسبة لنظافة العاملين حيث أنهم يلتزمون باللباس الأبيض، وأخيراً فإن المظهر العام للمستشفيين لائق، ويعزو الباحث هذه النتيجة إلى أن مستشفى درويش نزال الحكومي جديد، افتتح عام ٢٠٠٩، فهو نظيف ومظهره الداخلي والخارجي جميل ومبني من الحجر الأبيض، وأن الطواقم الطبية والخدمية تقوم بواجباتها على الوجه الأكمل، الأمر الذي يجعل متلقي الخدمة يشعرون بالرضا، وأن هذه الخدمة المقدمة تفي باحتياجات المرضى والمراجعين.

- **النتائج المتعلقة بالبعد الثاني (الاعتمادية) :**

الجدول (١٢)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لبعد الاعتمادية

رقم الفقرة	الفقرات	متوسط الاستجابة*	الانحراف المعياري	درجة الاستجابة
٩	تفي إدارة المستشفى بالوعود التي تقطعها على نفسها تجاه المرضى قدر الإمكان	٣,٧٣	٨٠٤.	عالية
١٠	يبدي المستشفى اهتماما بمشاكل المرضى ويتعاطف معهم	٣,٨٧	٠,٨٥٨	عالية
١١	يحرص المستشفى على تقديم الخدمة بالشكل الصحيح في المقام الأول	٣,٩٢	٠,٨١٦	عالية
١٢	يلتزم المستشفى بالتوقيتات المحددة لتقديم خدماته إلى المرضى	٣,٩٨	٠,٨٦٢	عالية
١٣	يحتفظ المستشفى بسجلات طبية دقيقة وموثقة	٤,١٧	٠,٧٩١	عالية
	الدرجة الكلية للمجال	٣,٩٣	٠,٦٥٤	عالية

* أقصى درجة للفقرة (٥) درجات

يتبين من الجدول رقم (١٢) السابق أن استجابات عينة الدراسة نحو الاعتمادية كانت عالية على فقرات المحور كافة، بدلالة متوسط الاستجابات، حيث إنها كانت بين ٣,٤١ – ٤,٢٠ حسب الميزان المستخدم..

أعلى استجابة كان على فقرة رقم (١٣) والسبب يعود إلى أن المستشفيين يستخدمان سجلات طبية ورقية ومحوسبة، ويمكن الرجوع إلى أي ملف بسهولة ويسر. والملاحظ بأن الاستجابة كانت عالية على كل فقرات هذا المحور، وكذلك الأمر بالنسبة للدرجة الكلية، حيث بلغت ٣,٩٣. ويعزو البحث هذه النتيجة إلى أن الخدمات الخاصة بالاعتمادية سهلة وميسره للمرضى، وأن كلا المستشفيين يحافظ على مرضاه ويلتزم بالمواعيد التي يأخذها المرضى، وخاصة فيما يتعلق بالعمليات الجراحية والمراجعات. كما يلاحظ من الفقرة (١٠) بأن استجابات عينة الدراسة كانت عالية ويعود السبب– من وجهة نظر الباحث– إلى وجود مصداقية في التعامل مع المرضى الذين تُقدم لهم يد العون والمساعدة.

- **النتائج المتعلقة بالبعد الثالث (قوة الاستجابة) :**

الجدول (١٣)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لبعد قوة الاستجابة

رقم الفقرة	الفقرات	متوسط الاستجابة*	الانحراف المعياري	درجة الاستجابة
٢٠	يخبر الممرضون في المستشفى مرضاهم بدقة كيفية تنفيذ الخدمة	٣,٨٣	٠,٧٤٩	عالية

رقم الفقرة	الفقرات	متوسط الاستجابة*	الانحراف المعياري	درجة الاستجابة
٢١	العاملون في المستشفى على استعداد لتلبية طلبات المرضى فورا	٣,٨٩	٠,٨٥١	عالية
٢٢	العاملون في المستشفى يرغبون دوما بتقديم المساعدة للمرضى	٣,٨٦	٠,٨٥٥	عالية
٢٣	ينتظر المريض وقتا طويلا للحصول على الخدمة	٢,٨٨	١,١٥٧	متوسطة
	المجال الكلي	٣,٦١	٠,٤٨٦	عالية

* أقصى درجة للفقرة (٥) درجات

يتبين من الجدول رقم (١٣) أن استجابات عينة الدراسة كانت عالية على كل الفقرات ما عدا الفقرة رقم (٢٣) فكانت متوسطة، وقد كان الانحراف المعياري أكبر من باقي الفقرات، ويعود السبب في ذلك إلى أن استجابات كل من الموظفين كانت إيجابية على هذه الفقرة، وأما استجابات المرضى فكانت سلبية إلى حد ما، وهذا يدل على أن المرضى لا ينتظرون وقتاً طويلاً للحصول على الخدمة في المستشفيين. وهذا يتضح أيضا في المجال الكلي حيث كانت الاستجابات عالية بدلالة ٣,٦١، الأمر الذي يشير – كما استنتجه الباحث– إلى قوة الاستجابة والتفاعل مع حاجات المرضى من قبل العاملين في هذين المستشفيين سريعة، ويلبون رغبات مرضاهم، وهذا دليل على فعالية إدارتي المستشفيين.

- **النتائج المتعلقة بالبعد الرابع (الأمان والثقة) :**

الجدول (١٤)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لبعد الأمان والثقة

رقم الفقرة	الفقرات	متوسط الاستجابة*	الانحراف المعياري	درجة الاستجابة
٣٠	يغرس سلوك العاملين في المستشفى الثقة في نفوس المرضى	٣,٩٠	٠,٨٧٥	عالية
٣١	تشعر بالأمان عند تعاملك مع العاملين في المستشفى	٣,٩١	٠,٧٥٩	عالية
٣٢	يمتلك العاملون في المستشفى المعرفة الكافية للإجابة عن أسئلة المرضى واستفساراتهم	٣,٧٧	٠,٨٢١	عالية
	الدرجة الكلية للمجال	٣,٨٦	٠,٦٩٦	عالية

* أقصى درجة للفقرة (٥) درجات

يتبين من الجدول رقم (١٤) السابق أن استجابات عينة الدراسة نحو البعد الرابع وهو الأمان والثقة، كانت عالية على فقرات المجال كافة، وعلى الدرجة الكلية، حيث كانت

الاستجابات الكلية ٣,٨٦. وهذا دليل واضح بأن المرضى يثقون بالعاملين ويشعرون بالأمان عند تعاملهم معهم، ويعزو الباحث هذه النتيجة إلى أن المرضى يثقون بقدرات العاملين ومهاراتهم سواء كانوا ممرضين أم أطباء، وتأتي هذه الثقة من خلال تجارب هؤلاء المرضى مع العاملين في هذين المستشفيين.

- **النتائج المتعلقة بالبعد الخامس (التعاطف) :**

الجدول (١٥)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لبعد التعاطف

رقم الفقرة	الفقرات	متوسط الاستجابة*	الانحراف المعياري	درجة الاستجابة
٣٩	يولي المستشفى الاهتمام المناسب لكل مريض	٤,٠٠	٠,٦٥٧	عالية
٤٠	يضع المستشفى المصلحة العليا للمريض في صلب اهتمامه	٣,٩٤	٠,٧٧٣	عالية
٤١	يتفهم المستشفى ويدعم حاجات محددة للعاملين للقيام بمهامهم بشكل أفضل، مثل خدمات خاصة للكادر الفني، حضانة لأبناء العاملات......الخ	٣,١٥	١,٢٠٧	متوسطة
٤٢	يتسم سلوك العاملين في المستشفى باللياقة في تعاملهم مع المرضى	٣,٨٦	٠,٨٠٧	عالية
	المجال الكلي	٣,٧٤	٠,٥٧٩	عالية

* أقصى درجة للفقرة (٥) درجات

يتبين من الجدول رقم (١٥) أن استجابات عينة الدراسة نحو بعد التعاطف كانت عالية على معظم الفقرات، ما عدا الفقرة رقم (٤١) ، فقد كانت متوسطة، ويعزو الباحث السبب في ذلك إلى أن العاملين يبدون التعاطف مع المرضى لطبيعة العلاقة بينهم، ولطبيعة المجتمع الفلسطيني حيث إنه متكاتف بعضه مع بعض، وخاصة في ظل الظروف الصعبة وما يعانيه الشعب الفلسطيني من ويلات الاحتلال، فعلى الأقل يكون متعاطفاً مع أبناء جلدته. وأما بخصوص الفقرة التي كانت الاستجابات عليها متوسطة، فالسبب واضح بأن إمكانات المستشفيين غير قادرة على توفير خدمات خاصة للعاملين لما تعانيه من ظروف مادية حرجة، وأن هذه الخدمات تعدُّ نوعاً من أنواع الرفاهة و الكماليات. وكانت الدرجة الكلية لهذا المجال عالية على هذا البعد، فيعزو الباحث ذلك إلى أن سمة التعاطف هي الدارجة في تعامل العاملين مع المرضى، وهي سمة من سمات المجتمع الفلسطيني.

- **النتائج المتعلقة بالبعد السادس (خصائص المستشفى) :**

الجدول (١٦)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لبعد خصائص المستشفى

رقم الفقرة	الفقرات	متوسط الاستجابة*	الانحراف المعياري	درجة الاستجابة
٤٨	يوفر المستشفى تسهيلات لنقاهة المرضى وترفيههم	٣,١٧	٠,٨٩٥	متوسطة
٤٩	يخصص المستشفى أماكن محددة للانتظار والمراجعة	٣,٩٣	٠,٨٦٠	عالية
٥٠	يطبق المستشفى نظام حجز موثوق به للعمليات، الغرف والأسرة، والكشف السريري	٤,٠٠	٠,٧٨٠	عالية
٥١	يستخدم المستشفى عددا كافيا من الأطباء مقابل أعداد المرضى	٣,٢٣	١,١١٨	متوسطة
٥٢	يستخدم المستشفى عددا كافيا من الممرضين يتناسب وحجم العمل	٣,٢٦	١,١٦٧	متوسطة
٥٣	يتوافر لدى المستشفى عدد كاف من الأسرة مقابل أعداد المرضى	٣,٤٧	٠,٩٠١	عالية
٥٤	تغطى معظم احتياجات المرضى من الدواء من داخل المستشفى	٣,١٩	١,٠٩٣	متوسطة
٥٥	يستخدم المستشفى نظام معلومات ومتابعة للحالات المرضية الداخلية والخارجية	٣,٣٦	١,٠٠٨	متوسطة
	المجال الكلي	٣,٤٥	٠,٦٥٨	عالية

* أقصى درجة للفقرة (٥) درجات.

يتبين من الجدول (١٦) أعلاه أن استجابات عينة الدراسة نحو البعد السادس تتراوح بين متوسطة وعالية، فقد كانت عالية على الفقرات ذات الأرقام (٤٩،٥٠،٥٣) ، وعلى الدرجة الكلية، في حين كانت متوسطة على باقي الفقرات. ويتضح من الاستجابات على الفقرات العالية، بأنه يوجد أماكن مخصصة لانتظار المرضى، وهذا التزام طبيعي وبدهي، يجب أن يتوافر في المستشفيين، وهناك نظام محوسب للحجز، وهناك أيضا عدد كافٍ من الأسرة يتلاءم مع احتياجات المرضى.

وأما الاستجابات المتوسطة على معظم الفقرات، فإن إمكانات المستشفيين محدودة في توفير تسهيلات لنقاهة المرضى، وعدد الأطباء والممرضين يتناسب إلى حد ما، وبدرجة متوسطة مع عدد المرضى ويعود ذلك إلى قلة الإمكانات المادية سواء كان ذلك لدى السلطة الوطنية الفلسطينية أم لدى وكالة الغوث الدولية، حيث إنهما يعانيان من ضائقة مالية إلا أنهما يبديان التزاماتهما نحو المستشفيات حسب الإمكانات المتوافرة. والدرجة الكلية كانت عالية بدلالة ٣,٤٥، ولكنها قريبة من الدرجة المتوسطة ويعزو الباحث السبب إلى أن خصائص المستشفيين متوافرة إلى حد ما، ولكنها ليست كما يجب بسبب الإمكانيات المادية والموازنات المخصصة لهذين المستشفيين.

- **خلاصة النتائج وترتيب الأبعاد والدرجة الكلية للاستجابات:**

الجدول (١٧)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للأبعاد والدرجة الكلية للاستجابات

الرقم	المجال	متوسط الاستجابة*	الانحراف المعياري	درجة الاستجابة
١	الدليل المادي الملموس	٣,٧٠	٠,٦١٨	عالية
٢	الاعتمادية	٣,٩٣	٠,٦٥٤	عالية
٣	قوة الاستجابة	٣,٦١	٠,٤٨٦	عالية
٤	الأمان والثقة	٣,٨٦	٠,٦٩٦	عالية
٥	التعاطف	٣,٧٤	٠,٥٧٩	عالية
٦	خصائص المستشفى	٣,٤٥	٠,٦٥٨	عالية
	الدرجة الكلية	٣,٧٢	٠,٤٥٩	عالية

* أقصى درجة للفقرة (٥) درجات

يتبين من الجدول رقم (١٧) أن استجابات عينة الدراسة نحو مجالات الدراسة كانت عالية، وتتفق هذه النتيجة مع الدراسات الآتية: دراسة (Sofaer وآخرون 2005) ودراسة (Thrush & Fickel, 2005) ودراسة (العلاق،٢٠٠١) واختلفت مع دراسة (Fotter وآخرون، 2006) في أن ادراكات العاملين كانت أكثر سلبية لخصائص الخدمة من المرضى، في حين أن الدراسة الحالية لم يوجد فيها اختلاف بين العاملين والمرضى من حيث جودة الخدمة، ولم يكن هناك فروق ذات دلالة إحصائية تبعاً لشخصية المبحوث.وكذلك اختلفت مع دراسة (Al- adham، 2004) لوجود اختلافات ذات قيم إحصائية فيما يتعلق بتقويم العاملين والمرضى بمستوى الخدمات المقدمة لهم في أقسام المستشفيات كافة. ويفسر الباحث هذه النتيجة أن مستوى جودة الخدمات من وجهة نظر العاملين والمرضى كانت مقبولة وتفي باحتياجاتهم، وعلى الرغم مما تعانيه السلطة الوطنية ووكالة الغوث الدولية من أزمات مالية فإنهما يهتمان بالوضع الصحي للمواطن الفلسطيني وتحاولان جاهدتين توفير الاحتياجات اللازمة لهذين المستشفيين.

- **ثانيا**: النتائج المتعلقة بالسؤال الثاني الذي نصه:

هل يختلف مستوى جودة الخدمات الفعلية المدركة من قبل العاملين والمرضى في المستشفيات العاملة في مدينة قلقيلية تبعا للمتغيرات الآتية: المستشفى، المبحوث، الجنس، الحالة الاجتماعية، العمر، المؤهل العلمي، والوظيفة؟

وتتعلق بهذا السؤال فرضيات الدراسة، والجداول، (١٨) ، (١٩) ، (٢٠) ، (٢١) ، (٢٢) ، (٢٣) ، (٢٤) ، (٢٥) تبين نتائج فحصها.

- **نتائج فحص الفرضية الأولى التي نصها:**

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (α=٠,٠٥) في استجابات عينة الدراسة نحو مستوى جودة الخدمات تعزى لمتغير المستشفى.

لفحص الفرضية استخدم تحليل (ت) ، والجدول رقم (١٨) يبين النتائج

الجدول (١٨)

نتائج تحليل (ت) لدلالة الفروق نحو مستوى جودة الخدمات تبعا لمتغير المستشفى

المجال	قيمة (ت)	مستوى الدلالة
الدليل المادي الملموس	١,٣٨٤	٠,١٦٩
الاعتمادية	– ١,٨٠٤	٠,٠٧٤
قوة الاستجابة	١,٠٩٦	٠,٢٧٥
الأمان والثقة	– .٥٨٩	٠,٥٥٧
التعاطف	– ١,٣٩٥	٠,١٦٦
خصائص المستشفى	– ١,٤٥٩	٠,١٤٧
الدرجة الكلية	– .٧٠٩	٠,٤٨٠

* دال إحصائيا عند مستوى (٠,٠٥)

يتضح من الجدول (١٨) آنف الذكر بأنه لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لمتغير المستشفى بسبب أن مستوى الدلالة المحسوبة أكبر من (α = ٠,٠٥) . ويعزو الباحث ذلك إلى أن المستشفيين يتشابهان إلى حد ما في الظروف والإمكانات المتوافرة لديهما حيث إن موقع كل منهما مناسب وقريب من المدينة، وإن الخبرات المتوافرة للأطباء والعاملين مناسبة، وهناك تطوير عليها، سواء كان من حيث التدريب والتأهيل، لذا لم يكن هناك اختلاف بينهما تبعاً لأبعاد الدراسة.

الجدول (١٩)

نتائج تحليل (ت) لدلالة الفروق نحو مستوى جودة الخدمات تبعا لمتغير المبحوث

المجال	قيمة (ت)	مستوى الدلالة
الدليل المادي الملموس	– ٠,٦٦١	٠,٥١٠
الاعتمادية	٠,١٣٤	٠,٨٩٤
قوة الاستجابة	٠,٣٤٧	٠,٧٢٩

المجال	قيمة (ت)	مستوى الدلالة
الأمان والثقة	١,٧٣١	٠,٠٨٦
التعاطف	٠,٠٩٩	٠,٩٢١
خصائص المستشفى	- ١,٤٠٦	٠,١٦٢
الدرجة الكلية	٠,٠٦٥	٠,٩٤٩

* دال إحصائيا عند مستوى (٠,٠٥)

يلاحظ من الجدول السابق (١٩) أنه لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية على الأبعاد كافة، وعلى الدرجة الكلية تبعاً لمتغير المبحوثين وهم العاملون والمرضى في كلا المستشفيين، لأن مستوى الدلالة المحسوبة أكبر من مستوى الدلالة (α = ٠,٠٥) . ويفسر الباحث هذه النتيجة إلى أن كلاً من العاملين والمرضى يتفقون في وجهة نظرهم حول أبعاد الدراسة، وخاصة أنهم يعيشون في بيئة واحدة وثقافتهم إلى حد ما قريبة بعضها من بعض، وأن الخدمات التي يحصل عليها المريض هي نفسها سواء كان هذا المريض عاملا في المستشفى أم من جمهور المواطنين. وقد اختلفت هذه النتيجة مع دراسة (الهيتي، ٢٠٠٧) في وجود فروق في استجابات المبحوثين لصالح المرضى.

الجدول (٢٠)

نتائج تحليل (ت) لدلالة الفروق نحو مستوى جودة الخدمات تبعا لمتغير الجنس

المجال	قيمة (ت)	مستوى الدلالة
الدليل المادي الملموس	٠,٨٤١	٠,٤٠٢
الاعتمادية	٠,٥٢٥	٠,٦٠٠
قوة الاستجابة	٢,٠٢٠	*٠,٠٤٦
الأمان والثقة	٣,٢٨٨	*٠,٠٠١
التعاطف	٢,٠١٣	*٠,٠٤٦
خصائص المستشفى	- ٠,٣٠٧	٠,٧٥٩
الدرجة الكلية	١,٨٢٨	٠,٠٧٠

* دال إحصائيا عند مستوى (٠,٠٥)

يتبين من الجدول (٢٠) أعلاه بأنه يوجد فروق ذات دلالة إحصائية على الأبعاد الآتية (قوة الاستجابة، والأمان والثقة، والتعاطف) تعزى لمتغير الجنس، لأن مستوى الدلالة المحسوبة كان أقل من مستوى الدلالة (α = ٠,٠٥) .

وبالاطلاع على الجدول (٢١) أدناه يتبين بأن المتوسطات الحسابية للذكور على هذه الأبعاد الثلاثة كانت أعلى من المتوسطات الحسابية للإناث، مما يدل على أن الفروق كانت لصالح الذكور. ويعزو الباحث ذلك إلى أن المجتمع العربي هو مجتمع ذكوري، وهذا ينطبق على حالة الشعب الفلسطيني، وبالتالي يلاحظ بأن الرجل لديه رضا عن الخدمات المقدمة له أكثر من الإناث. وفيما يتعلق بالبعد الثالث وهو قوة الاستجابة يلاحظ بأن العاملين في المستشفيين يلبون حاجات الرجل، ويستجيبون لها أكثر من الإناث، ويعود السبب إلى أن الرجل ذو تأثير ونفوذ أكبر من المرأة في المجتمع. وأما بخصوص الأمان والثقة، فإن الرجل يتولد لدية شعور بالأمان، ويشعر بالثقة أكثر من المرأة تجاه الخدمات المقدمة في المستشفيين، ويعود هذا إلى التكوين الجسماني والعقلي للرجل. وفيما يتعلق بالتعاطف، فإن الرجل يشعر بالتعاطف أكثر من المرأة من الخدمات المقدمة له من العاملين في المستشفيين، وهذا يفسر أن المرأة في معظم الحالات تتوجه للمستشفى بصحبة الرجل، مما يجعلها تعتمد على الرجل في الحصول على الخدمات الطبية ، لذا جاءت استجاباتها أقل أهمية، مما جعلها تكون لصالح الرجل.

الجدول (٢١)

المتوسطات الحسابية نحو مستوى جودة الخدمات تبعا لمتغير الجنس

المجال	الذكور	الإناث
الدليل المادي الملموس	٣,٧٥	٣,٦٦
الاعتمادية	٣,٩٧	٣,٩١
قوة الاستجابة	٣,٧١	٣,٥٤
الأمان والثقة	٤,٠٩	٣,٦٩
التعاطف	٣,٨٦	٣,٦٥
خصائص المستشفى	٣,٤٣	٣,٤٧
الدرجة الكلية	٣,٨٠	٣,٦٥

يتبين من الجدول (٢٢) اللاحق عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (α = ٠,٠٥) في استجابات عينة الدراسة نحو مستوى جودة الخدمات المقدمة في المستشفيين، تبعاً لمتغير الحالة الاجتماعية على جميع الأبعاد وعلى الدرجة الكلية إذ كان مستوى الدلالة لقيم (F) عليها أكثر من (٠,٠٥) وبهذا نقبل الفرضية الصفرية. وهذا بحد ذاته طبيعي، حيث إن مستوى جودة الخدمات المقدمة في المستشفيين من وجهة نظر

العاملين والمرضى لا تختلف حسب الحالة الاجتماعية أي سواء كان المريض أو العامل متزوجاً أم أعزب أو أرمل أم مطلقاً بمعنى أنه لا يوجد تمييز في تقديم الخدمات حسب الحالة الاجتماعية، وخاصة أن الخدمات الطبية هي خدمات إنسانية.واختلفت مع دراسة (الهيتي، ٢٠٠٧) حيث وجدت فروق ذات دلالة إحصائية تبعاً للحالة الاجتماعية.

الجدول (٢٢)

نتائج تحليل التباين الأحادي لدلالة الفروق نحو مستوى جودة الخدمات تبعا لمتغير الحالة الاجتماعية

المجال	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة (F)	مستوى الدلاله
الدليل المادي الملموس	بين المجموعات	٠,٠١٥	١	٠,٠١٥	٠,٠٣٩	٠,٨٤٣
	داخل المجموعات	٤٧,٧٩٤	١٢٤	٠,٣٨٥		
	المجموع	٤٧,٨٠٩	١٢٥			
الاعتمادية	بين المجموعات	١,٠٨١	١	١,٠٨١	٢,٥٥٧	٠,١١٢
	داخل المجموعات	٥٢,٤٢٥	١٢٤	٠,٤٢٣		
	المجموع	٥٣,٥٠٦	١٢٥			
قوة الاستجابة	بين المجموعات	٠,٢٧٣	١	٠,٢٧٣	١,١٥٧	٠,٢٨٤
	داخل المجموعات	٢٩,٣٠٣	١٢٤	٠,٢٣٦		
	المجموع	٢٩,٥٧٦	١٢٥			
الأمان والثقة	بين المجموعات	٠,٠١٦	١	٠,٠١٦	٠,٠٣٣	٠,٨٥٦
	داخل المجموعات	٦٠,٥٠٧	١٢٤	٠,٤٨٨		
	المجموع	٦٠,٥٢٣	١٢٥			
التعاطف	بين المجموعات	٠,١١٤	١	٠,١١٤	٠,٣٣٩	٠,٥٦٢
	داخل المجموعات	٤١,٧٤٣	١٢٤	٠,٣٣٧		
	المجموع	٤١,٨٥٧	١٢٥			
خصائص المستشفى	بين المجموعات	٠,٢٦٠	١	٠,٢٦٠	٠,٥٩٩	٠,٤٤٠
	داخل المجموعات	٥٣,٨٠٢	١٢٤	٠,٤٣٤		
	المجموع	٥٤,٠٦٢	١٢٥			
الدرجة الكلية	بين المجموعات	٠,٠٠٠	١	٠,٠٠٠	٠,٠٠١	٠,٩٧٧
	داخل المجموعات	٢٦,٣٣١	١٢٤	٠,٢١٢		
	المجموع	٢٦,٣٣١	١٢٥			

* دال إحصائيا عند مستوى (0.05) ANOVA

الجدول (٢٣)

نتائج تحليل التباين الأحادي لدلالة الفروق نحو مستوى جودة الخدمات تبعا لمتغير العمر

المجال	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة (F)	مستوى الدلاله
الدليل المادي الملموس	بين المجموعات	١,٢٠١	٥	٠,٢٤٠	٠,٦١٨	٠,٦٨٦
	داخل المجموعات	٤٦,٦٠٨	١٢٠	٠,٣٨٨		
	المجموع	٤٧,٨٠٩	١٢٥			
الاعتمادية	بين المجموعات	١,٢١١	٥	٠,٢٤٢	٠,٥٥٦	٠,٧٣٤
	داخل المجموعات	٥٢,٢٩٦	١٢٠	٠,٤٣٦		
	المجموع	٥٣,٥٠٦	١٢٥			
قوة الاستجابة	بين المجموعات	١,١٨١	٥	٠,٢٣٦	٠,٩٩٨	٠,٤٢٢
	داخل المجموعات	٢٨,٣٩٥	١٢٠	٠,٢٣٧		
	المجموع	٢٩,٥٧٦	١٢٥			
الأمان والثقة	بين المجموعات	٢,٠٠٢	٥	٠,٤٠٠	٠,٨٢١	٠,٥٣٧
	داخل المجموعات	٥٨,٥٢١	١٢٠	٠,٤٨٨		
	المجموع	٦٠,٥٢٣	١٢٥			
التعاطف	بين المجموعات	١,٣٨٠	٥	٠,٢٧٦	٠,٨١٨	٠,٥٣٩
	داخل المجموعات	٤٠,٤٧٧	١٢٠	٠,٣٣٧		
	المجموع	٤١,٨٥٧	١٢٥			
خصائص المستشفى	بين المجموعات	٢,٩٤٢	٥	٠,٥٨٨	١,٣٨١	٠,٢٣٦
	داخل المجموعات	٥١,١٢٠	١٢٠	٠,٤٢٦		
	المجموع	٥٤,٠٦٢	١٢٥			
الدرجة الكلية	بين المجموعات	١,٠٨٢	٥	٠,٢١٦	١,٠٢٩	٠,٤٠٤
	داخل المجموعات	٢٥,٢٤٩	١٢٠	٠,٢١٠		
	المجموع	٢٦,٣٣١	١٢٥			

* دال إحصائيا عند مستوى (0.05) ANOVA

يتبين من الجدول (٢٣) السابق عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (α = ٠,٠٥) في استجابات عينة الدراسة نحو مستوى جودة الخدمات المقدمة في المستشفيين، تبعاً لمتغير العمر على جميع الأبعاد، وعلى الدرجة الكلية إذ كان مستوى الدلالة لقيم (F) عليها أكثر من (٠,٠٥) وبهذا نقبل الفرضية الصفرية. ويوضح الباحث السبب إلى أن مستوى جودة الخدمات المقدمة في المستشفيين واحدة لكل الفئات العمرية، وأنه لا يوجد تمييز فسواء كان المريض صغيرا أم كبيراً، فانه يتلقى خدمات فيها مصداقية.

الجدول (٢٤)

نتائج تحليل التباين الأحادي لدلالة الفروق نحو مستوى جودة الخدمات تبعا لمتغير المؤهل العلمي

المجال	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة (F)	مستوى الدلاله
الدليل المادي الملموس	بين المجموعات	١,٩٠٢	٤	٠,٤٧٦	١,٢٥٣	٠,٢٩٢
	داخل المجموعات	٤٥,٩٠٧	١٢١	٠,٣٧٩		
	المجموع	٤٧,٨٠٩	١٢٥			
الاعتمادية	بين المجموعات	٠,١٤٢	٤	٠,٠٣٦	٠,٠٨١	٠,٩٨٨
	داخل المجموعات	٥٣,٣٦٤	١٢١	٠,٤٤١		
	المجموع	٥٣,٥٠٦	١٢٥			
قوة الاستجابة	بين المجموعات	٠,٩٠١	٤	٠,٢٢٥	٠,٩٥٠	٠,٤٣٧
	داخل المجموعات	٢٨,٦٧٥	١٢١	٠,٢٣٧		
	المجموع	٢٩,٥٧٦	١٢٥			
الأمان والثقة	بين المجموعات	٠,٨٤٥	٤	٠,٢١١	٠,٤٢٨	٠,٧٨٨
	داخل المجموعات	٥٩,٦٧٨	١٢١	٠,٤٩٣		
	المجموع	٦٠,٥٢٣	١٢٥			
التعاطف	بين المجموعات	١,٥١٢	٤	٠,٣٧٨	١,١٣٣	٠,٣٤٤
	داخل المجموعات	٤٠,٣٤٥	١٢١	٠,٣٣٣		
	المجموع	٤١,٨٥٧	١٢٥			
خصائص المستشفى	بين المجموعات	١,٢٧٩	٤	٠,٣٢٠	٠,٧٣٣	٠,٥٧١
	داخل المجموعات	٥٢,٧٨٢	١٢١	٠,٤٣٦		
	المجموع	٥٤,٠٦٢	١٢٥			
الدرجة الكلية	بين المجموعات	٠,٤٧٨	٤	٠,١١٩	٠,٥٥٩	٠,٦٩٣
	داخل المجموعات	٢٥,٨٥٣	١٢١	٠,٢١٤		
	المجموع	٢٦,٣٣١	١٢٥			

* دال إحصائيا عند مستوى (0.05) ANOVA

يتضح من الجدول (٢٤) السابق عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (α = ٠,٠٥) في استجابات عينة الدراسة نحو مستوى جودة الخدمات المقدمة في المستشفيين، تبعاً لمتغير المؤهل العلمي على جميع الأبعاد، وعلى الدرجة الكلية إذ كان

مستوى الدلالة لقيم (F) عليها أكثر من (٠,٠٥) ، وبهذا نقبل الفرضية الصفرية. ويفسر الباحث هذه النتيجة إلى أن الخدمات المقدمة في المستشفيين لا تتأثر بالدرجة العلمية لمتلقي هذه الخدمة، فسواء كان المريض حاصلاً على شهادة علمية دنيا أم عليا، فإن الخدمات المقدمة متساوية، وهذا يدل على المصداقية في تقديم الخدمات. واختلفت مع دراسة (الهيتي، ٢٠٠٧) ، حيث وُجدت فروق ذات دلالة إحصائية تبعاً لمتغير المؤهل العلمي.

الجدول (٢٥)

نتائج تحليل التباين الأحادي لدلالة الفروق نحو مستوى جودة الخدمات تبعا لمتغير المسمى الوظيفي

المجال	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة (F)	مستوى الدلاله
الدليل المادي الملموس	بين المجموعات	٥,٠٢٨	١٠	٠,٥٠٣	١,٣٥٢	٠,٢١٢
	داخل المجموعات	٤٢,٧٨١	١١٥	٠,٣٧٢		
	المجموع	٤٧,٨٠٩	١٢٥			
الاعتمادية	بين المجموعات	٧,٥٧٦	١٠	٧٥٨.	١,٨٩٧	٠,٠٥٢
	داخل المجموعات	٤٥,٩٣٠	١١٥	٠,٣٩٩		
	المجموع	٥٣,٥٠٦	١٢٥			
قوة الاستجابة	بين المجموعات	٢,٧٣١	١٠	٠,٢٧٣	١,١٧٠	٠,٣١٨
	داخل المجموعات	٢٦,٨٤٥	١١٥	٠,٢٣٣		
	المجموع	٢٩,٥٧٦	١٢٥			
الأمان والثقة	بين المجموعات	٤,٣٤١	١٠	٠,٤٣٤	٨٨٩.	٠,٥٤٦
	داخل المجموعات	٥٦,١٨١	١١٥	٠,٤٨٩		
	المجموع	٦٠,٥٢٣	١٢٥			
التعاطف	بين المجموعات	٣,٦٥٧	١٠	٠,٣٦٦	١,١٠١	٠,٣٦٨
	داخل المجموعات	٣٨,٢٠١	١١٥	٠,٣٣٢		
	المجموع	٤١,٨٥٧	١٢٥			
خصائص المستشفى	بين المجموعات	٧,٢٢١	١٠	٠,٧٢٢	١,٧٧٣	٠,٠٧٣
	داخل المجموعات	٤٦,٨٤٠	١١٥	٠,٤٠٧		
	المجموع	٥٤,٠٦٢	١٢٥			
الدرجة الكلية	بين المجموعات	٣,١٨٨	١٠	٠,٣١٩	١,٥٨٤	٠,١٢٠
	داخل المجموعات	٢٣,١٤٣	١١٥	٠,٢٠١		
	المجموع	٢٦,٣٣١	١٢٥			

* دال إحصائيا عند مستوى (0.05) ANOVA

الجدول (٢٥) السابق يبين عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha = ٠,٠٥$) في استجابات عينة الدراسة نحو مستوى جودة الخدمات المقدمة في المستشفيين، تبعاً لمتغير المسمى الوظيفي على جميع الأبعاد، وعلى الدرجة الكلية، إذ كان مستوى الدلالة لقيم (F) عليها أكثر من (٠,٠٥) ، وبهذا نقبل الفرضية الصفرية. وهذا يدل على أن أفراد العينة يتفقون على أن مستوى جودة الخدمات عالية من أعلى السلم الوظيفي، وهو المدير إلى أدنى السلم، وهم موظفو الخدمات، وكذلك الأمر بالنسبة للمرضى على اختلاف مسمياتهم الوظيفية يتفقون مع العاملين حيال مستوى جودة الخدمات المقدمة في هذين المستشفيين. ويعزو الباحث ذلك إلى أن مستوى جودة الخدمات المقدمة في المستشفيين واحدة لسائر المرضى، ولا تتأثر بالمؤهل العلمي بسبب أن خدمة المستشفيات هي خدمة إنسانية، فلا يوجد تمييز بين متعلم وغير متعلم.

الاستنتاجات:

١. كانت استجابات عينة الدراسة عالية على جميع الأبعاد، ممّا يدل على أن المبحوثين راضون عن الخدمات المقدمة لهم في المستشفيات العاملة في مدينة قلقيلية.

٢. تبين عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha = ٠,٠٥$) على المتغيرات الآتية: المسمى الوظيفي، والمؤهل العلمي، والعمر، والحالة الاجتماعية، والمبحوث، والمستشفى على أبعاد الدراسة كافه، ويعزو الباحث هذه النتيجة إلى أن الخدمات المقدمة للمرضى لا تتأثر بتلك المتغيرات، وهي خدمات ثابتة ومعيارية.

٣. اتضح وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha = ٠,٠٥$) على متغير الجنس على الأبعاد الآتية: قوة الاستجابة، والأمان والثقة، والتعاطف، ولصالح الإناث، في حين لم يكن هناك فروق على الأبعاد الأخرى.

٤. إن مرافق المستشفيين بحالة جيدة، وتفي باحتياجات المرضى، ويوجد حد مقبول للأجهزة والمعدات المستخدمة.

٥. تبين وجود نقص في بعض الأطباء الأخصائيين، وعدم توافر بعض الأجهزة الحديثة، مما يضطر بعض المرضى إلى الذهاب إلى المدن المجاورة الأخرى.

التوصيات:

بناء على نتائج الدراسة يقترح الباحث التوصيات الآتية:

١. توفير العدد الكافي من الطواقم الطبية المؤهلة ليتلاءم مع أعداد المرضى، وبخاصة الأطباء في بعض التخصصات، وكذلك توفير الممرضين المدربين وأصحاب الخبرة.

٢. توفير أماكن خاصة لنقاهة المرضى مثل حديقة خاصة بالمستشفى، وذلك عن طريق شراء قطعة أرض مجاورة للمستشفيين لإقامة الحديقة.

٣. ضرورة العمل على توفير العلاجات داخل المستشفى من خلال الضغط على السلطة الوطنية، وكذلك الحال على وكالة الغوث لتوفير الأدوية في الصيدليات الخاصة بهذين المستشفيين، فكثير من الحالات يضطر ذوو المريض لشراء الأدوية من خارج المستشفى لعدم توافرها.

٤. العمل على توفير أنظمة معلومات عن طريق توظيف شخص لديه مؤهل ودورات حاسوبية، والعمل على إيجاد البرمجيات الخاصة بذلك، لمتابعة حالات المرضى سواء كان ذلك بداخل المستشفى أم عند خروج المريض.

٥. ضرورة إبراز دور المرأة الفلسطينية، والاهتمام الكافي بها، والعمل على تلبية حاجاتها سواء كانت عاملة أم مريضة في المستشفيات.

٦. ضرورة ترسيخ ثقافة الجودة لدى الطواقم الطبية من خلال برامج توعية.

٧. العمل على توفير مستلزمات المستشفيات سواء كان ذلك من الأجهزة أم المعدات الحديثة، وتوفير دورات تدريبية كافية للعاملين كل في مجاله، من أجل تحسين جودة الخدمات الطبية المقدمة.

المصادر والمراجع:

أولاً- المراجع العربية:

١. تقرير الهيئة المستقلة لحقوق المواطن، (٢٠٠٩) ، سلسلة تقارير خاصة رقم ٧١ تشرين أول، ص٧.
٢. الدرادكة، مأمون وشلبي، طارق (٢٠٠٢) ،الجودة في المنظمات الحديثة ط١،. دار الصفاء للنشر،عمان. ص ١٥.
٣. السلطة الوطنية الفلسطينية، (٢٠٠٩) ، خطة إنهاء الاحتلال وإقامة الدولة، ص ٣٥
٤. العلاق، بشير، (٢٠٠١) ، قياس جودة الخدمات من وجهة نظر المستفيدين كمؤشر فعال على الأداء الناجح للقيادة الإدارية في المنظمات الخدمية (حالة المختبرات الطبية ومراكز الأشعة في الأردن) . المؤتمر العربي الثاني في الإدارة، المنظمة العربية للتنمية الإدارية، القاهرة.ص١٧٣– ١٩٥
٥. منظمة الصحة العالمية، (١٩٨٠) ، سلسلة التقارير الفنية، (٣٩٥) ، ص ٧– ٨.
٦. نجم، نجم (١٩٩٧) ، إدارة الخدمة: المراجعة والاتجاهات الحديثة، الإدارة العامة، المجلد ٣٧، عدد ٢، ص٢٦٣– ٢٦٨
٧. الهيتي، صلاح ، (٢٠٠٧) ، جودة الخدمة في القطاع العام باستخدام مدخل (SERVPERF) دراسة ميدانية في المستشفيات العامة (جنوب الأردن) ، مجلة الباحث الجامعي، جامعة الحديدة، يناير.ص ٣٥١– ٣٥٢.

ثانياً- المراجع الاجنبية:

1. *Al- Adham, Majd, (2004) : Assessment of Perceived Health Care Service Quality at Palestinian Hospitals: A Model for Good Hospital Management Practice (GHMP) . Masteral theses in Public Health, at An- Najah National University, Nablus, Palestine.pp.8*
2. *Bamford, David & Daniel, Stephen, (2005) , "A case study of Change management effectiveness within the NHS ", Journal of change Management, vol. 5 , No.4, pp. 391- 405.*
3. *Eleuch, Amira ep Koubaa, (2011) : Healthcare service quality perception in Japan .International Journal of Health Care Quality Assurance, Volume 24, Number 6, 2011 , pp. 417- 429 (13) , Emerald Group Publishing Limited.*

4. *Elg, Mattias; Stenberg, Jesper; Kammerlind, Peter; Tullberg, Sofia; Olsson,Jesber, (2011) : Swedish healthcare management practices and quality improvement work: development trends. International Journal of Health Care Quality Assurance, Volume 24, Number 2, 2011 , pp. 101-123 (23)*
5. *Ellisinikka, Aaltonon, (1999) : Client – oriented quality assessment within municipal social services. The international journal of social welfare, Vol.8 issue2, p.132.*
6. *Fickel, Jacqueline J . & Thruch, carol R., (2005) , " Policymaker use of quality of care information " . International journal for quality in Health care, vol. 17, No. 6, pp.497- 504*
7. *Fottler, Myron D & et. Al, (2006) "comparing hospital staff and Patient perceptions of customer service: a pilot study utilizing survey and Focus group data ", health service management research, vol.19. no. 1, pp52- 66*
8. *Kumar, Sameer; Ghildayal, Neha S.; Shah, Ronak N., (2011) : Examining quality and efficiency of the US healthcare system,International Journal of Health Care Quality Assurance, Volume 24, Number 5, 2011 , pp. 366-388 (23)*
9. *Padhy, Prasanta Kumar & Padhy, Prasanta Kumar (2010) "Patient Satisfaction and Marketing Effectiveness in Selected Large Hospitals in India" Berhampur University ,Vishwa Vishwani Institute of Systems & Management.*
10. *Patel, Anoop (1994) : Quality assurance (BS 5750) in social services department, The international journal of public sector management. Vol.7, No.2, pp. 4- 5.*
11. *Rod sheaf & et. Al, (2002) : public service responsiveness to users demand and needs: theory, practice and primary healthcare in England, public administration. Vol.80, No.3, pp.435- 436*
12. *Sharifah, Latifa & el.al, (2000) : On service improvement capacity index: Case study on the public quality management, Vol.11, issue 4- 6, p.838.*
13. *sofaer, Shoshanna & et . al., (2005) , "What do consumers want to know about the quality of care in hospitals? "Health services research ,Vol.40 supplement 1. pp .2018- 2063.*
14. *WHO annual report, 1999 & UNICEF annual Report 1999*